

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-ouest

Année 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Paul BREZILLON

Né le 20 Octobre 1941 à Château-Thierry

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

L'ARTHROSE EROSIVE DES DOIGTS

A propos de quatre observations personnelles.

Président de Thèse : Monsieur Louis AUQUIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6°

1971

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-ouest

Année 1971

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean-Paul BREZILLON

Né le 20 Octobre 1941 à Château-Thierry

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

L'ARTHROSE EROSIVE DES DOIGTS

A propos de quatre observations personnelles.

Président de Thèse : Monsieur Louis AUQUIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6°

1971



A mes parents,

Je leur dois tout.

A ma femme,

Pour l'amour qu'elle m'apporte.

A mon fils,

A mes beaux-parents,

frère et soeurs,

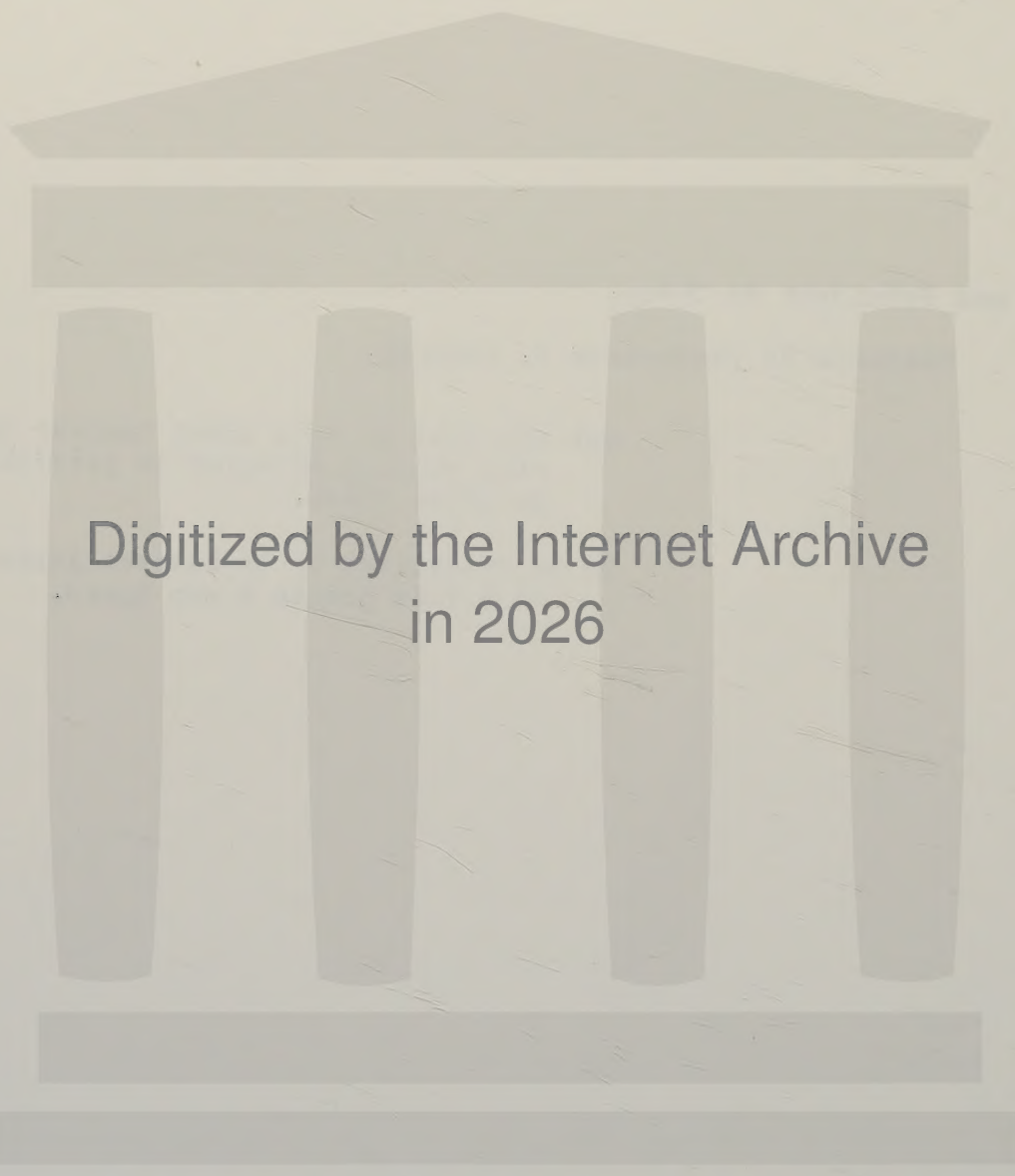
Qu'ils trouvent ici le témoignage de mon affection.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. AUQUIER,

Qui m'a fait le très grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence
de cette thèse.

En le remerciant de la bienveillance dont
il a fait preuve à mon égard.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552006_0011

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé J. VILLIAUMEY,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses conseils tout au long
de mon travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de mon
admiration et de ma profonde recon-
naissance.

A Monsieur le Docteur A. RUBENS-DUVAL

A Monsieur le Docteur ROTTERDAM

Pour leur aide.

A mes Maîtres d'Externat :

Docteur A. SOMIA

Docteur GOUDAL

Docteur P. CORONE

Docteur P. MARLAND

A Monsieur le Docteur F.X. LESOBRE,

Qu'il soit assuré de ma sincère
amitié.

A tous mes parents et amis.

L'ARTHROSE EROSIVE
DES DOIGTS

(A propos de 4 observations personnelles)

-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-

L'arthrose interphalangienne avec atteinte osseuse érosive objectivée par les clichés est une définition essentiellement radiologique, mais qui parfois peut être soupçonnée cliniquement sur l'existence d'un syndrome inflammatoire.

Entrevue par UMBER, c'est en réalité CRAIN qui en donna l'entité clinique et radiologique en ces termes "arthrose interphalangienne des mains caractérisée par des douleurs, des épisodes inflammatoires ; aboutissant à des déformations des articulations proximales et distales". Mais la description la plus complète et définitive de la maladie fut établie par PETER et coll. en lui donnant le nom "d'arthrose érosive des mains".

Nous nous proposons après un rappel historique concernant l'étude de l'arthrose des mains, de décrire les aspects cliniques, radiologiques et histologiques de l'affection.

A l'aide de quatre observations personnelles nous illustrerons cette arthropathie.

Nous essaierons ensuite d'en déterminer la place nosologique.

Enfin, dans un dernier temps nous aborderons les principales indications thérapeutiques.

H I S T O R I Q U E

-:-

C'est à HEBERDEN en 1802, que l'on doit d'avoir porté intérêt aux nodosités de l'articulation interphalangienne distale des mains : "Que sont ces petites protubérances dures, de la taille d'un pois , à l'extrémité du doigt, près de l'articulation ? Elles n'ont aucun rapport avec la goutte - trouvées chez des personnes ne l'ayant jamais eue. Elles ne régressent jamais, deviennent dures sans déterminer de douleur. Elles sont plus inesthétiques que gênantes, cependant elles peuvent être une entrave à la liberté des doigts" (16).

Bien que l'intérêt de l'arthrose soit apparemment limité à cette description, ces petites tuméfactions dures portent désormais le nom de nodosités d'HEBERDEN.

En 1884 et 1885 BOUCHARD décrit la présence de nodules aux articulations interphalangiennes proximales qui étaient comparables morphologiquement aux nodosités d'HEBERDEN de l'extrémité distale.

Il rattachait à ces nodosités, l'existence d'une hypertrophie gastrique (4). Malgré cette pathogénie plus que surprenante, BOUCHARD a laissé son nom attaché aux manifestations arthrosiques de l'articulation proximale des doigts.

Nous retiendrons avec plus d'intérêt le travail effectué par UMBER en 1926 (39).

En effet, UMBER isole du rhumatisme inflammatoire et de l'arthrose, une forme particulière de rhumatisme des doigts : "Endokrine periarthrititis".

C'est une affection rare, puisqu'elle ne concerne que 3 % des rhumatismes digitaux. Elle est rencontrée chez la femme présentant des troubles endocriniens d'origine ovarienne.

Il décrit plusieurs phases évolutives, le début marqué par une tuméfaction péri-articulaire ; l'évolution se faisant par poussées inflammatoires avec épisodes de rémission vers un stade quiescent clinique.

UMBER note la possibilité d'un début progressif, à bas bruit aussi bien qu'aigu.

Entre le début de la maladie qui "se manifeste par une gêne dans les mouvements des mains le matin au réveil et la classique atteinte complète, il se passe parfois des décennies".

Le développement de l'arthropathie se fait en dehors de tout syndrome infectieux.

L'examen radiographique montre au tout début de la maladie un épaissement péri-articulaire : opacité des parties molles avec intégrité osseuse et cartilagineuse et absence d'ostéoporose. Progressivement apparaissent des érosions, une destruction cartilagineuse, une hypertrophie osseuse péri-articulaire. A un stade plus avancé, UMBER a pu noter une désa-

xation de l'articulation.

Il existe comme nous le verrons quelques analogies avec la description clinique et radiologique de l'arthrose érosive des doigts.

Toutefois si les troubles apparaissent de préférence au niveau des articulations interphalangiennes des doigts, les métacarpophalangiennes, le poignet peuvent être touchés.

Il signale même que d'autres articulations plus importantes sont atteintes progressivement mais dont l'installation se fait à bas bruit.

Enfin, il insiste sur l'apparition de troubles des phanères, d'obésité, de troubles vaso-moteurs etc... que l'on ne rencontre pas dans l'arthrose érosive.

De nombreux auteurs se sont attachés depuis quelques années à l'étude des nodosités interphalangiennes : SIGLER (35), STECHER (38), KELLGREN (20), plus près de nous de SEZE et DREYFUS (12), LIEVRE (22)...

STECHER (36 - 38) a montré lors d'études approfondies sur les nodosités d'HEBERDEN, que celles-ci n'étaient pas nécessairement associées à d'autres localisations arthrosiques. Ceci est en harmonie d'ailleurs, avec le concept de maladie articulaire dégénérative qui fût dessiné à grandes lignes dans "Primer on rheumatic diseases" (7).

Le désordre est le plus souvent localisé à quelques articulations et même également à une seule jointure, plutôt

qu'un processus généralisé s'étendant à toutes les articulations du corps.

Cependant KELLGREN et MOORE (20) ont décrit un état rhumatismal qu'ils nomment "arthrose primaire généralisée" caractérisée par "une atteinte de l'articulation interphalangienne distale des doigts et la première articulation carpo-métacarpienne, le gros orteil et la première articulation métatarsienne des pieds, le rachis, les genoux, les hanches et les autres articulations des membres".

Un aspect particulier de ce syndrome est une phase inflammatoire aiguë initiale au niveau des articulations touchées. A maints égards, les cas de KELLGREN et MOORE ressemblent à ceux décrits antérieurement par FRANCON (14) dans la revue "Rheumatism", sous le titre "d'extensive form of hypertrophie arthritis", ou bien à ceux étudiés par WARDLE (41) un peu plus tard.

En fait il revient aux auteurs français, WEISSENBAACH et FRANCON notamment d'avoir établi le concept de "rhumatisme chronique dégénératif progressif", cela dans une première étude dès 1935, sous le nom de "polyarthrite sèche progressive" (43), puis de nouveau en 1948 sous celui de "forme extensive progressive du rhumatisme chronique dégénératif" (44).

Ce syndrome prévaut essentiellement dans le sexe féminin, les douleurs apparaissent vers la cinquantaine.

La plupart des articulations peuvent être touchées, mais celles des genoux et des mains le sont plus fréquemment.

On peut en rapprocher également le travail de RUBENS-

DUVAL et coll. sur la "maladie arthrosique" à partir de l'analyse critique de 340 dossiers concernant des sujets présentant des arthropathies dégénératives multiples (30).

En 1961, CRAIN (9) rapporte que pendant une période s'étendant sur cinq ans "l'étude de 400 cas d'arthrite rhumatoïde et de 700 cas d'arthrose m'a convaincu qu'il existe une forme, à la fois chronique et inflammatoire, qui touche aussi bien les articulations proximales que distales des doigts et conduit enfin à des déformations. Les aspects inflammatoires dans une autre articulation périphérique sont extrêmement rares et ne donnent jamais les déformations constatées au niveau des doigts."

CRAIN présente vingt trois observations d'arthrose interphalangienne caractérisée par des douleurs et des épisodes inflammatoires.

L'atteinte est surtout rencontrée dans le sexe féminin puisqu'elle représente 87 % - 20 femmes et 3 hommes.

Il note une fréquence familiale assez nette à peu près 50 % des cas (atteinte chez la mère et la fille, atteinte chez deux soeurs...)

La simultanéité des signes objectifs et subjectifs est notée dans 70 % des cas, alors que chez 26 % des malades les signes objectifs précèdent les signes subjectifs.

La localisation au début est dans 65 % des cas une articulation interphalangienne distale et dans 35 % des cas l'articulation proximale.

L'âge de l'installation de la maladie se situe dans la moitié des cas entre 40 et 49 ans, dans 30 % des cas avant 40 ans et dans 18 % des cas après 50 ans.

Entre le début de l'affection et l'atteinte de toutes les interphalangiennes il s'est écoulé moins de cinq ans dans 13 % des cas, cinq à dix ans dans 52 % des cas, enfin l'intervalle de temps fut supérieur à dix ans dans 35 % des cas (l'extension à toutes les articulations pouvant même nécessiter 25 ans ainsi que CRAIN put le noter dans une observation).

La fréquence des poussées inflammatoires est rapportée ainsi par CRAIN :

- rare ou nulle : 13 % ,
- fréquente : 39 % ,
- rare au début, fréquente ensuite : 39 %.

La radiographie au début, montre un pincement articulaire, une ostéophytose. Avec l'évolution de la maladie les modifications sont très importantes : apparaissent des destructions osseuses à type d'érosion et une subluxation des phalanges.

CRAIN a pu noter un pourcentage important de malades présentant une arthrose cervicale associée : plus de la moitié des cas, alors que l'arthrose interphalangienne est isolée une fois sur quatre. On peut relever encore que dans 13 % des cas coexiste une arthrose lombaire et dans 9 % une arthrose généralisée.

Sur le plan biologique, chez onze malades sur vingt trois, la vitesse de sédimentation globulaire est supérieure ou égale à 20 mm, dans les autres cas, elle est inférieure.

Le latex est négatif chez tous les malades.

En 1966, PETER, PEARSON et MARMOR (26) présentèrent six observations comparables sur le plan radio-clinique à celles rapportées par CRAIN. Ils complétèrent leur étude par l'examen histologique de la synoviale des articulations interphalangiennes.

C'est à ces auteurs que l'on doit le nom "d'arthrose érosive des mains" à ce syndrome.

Les six malades, toutes des femmes d'âge moyen (48 ans) présentèrent une atteinte typique des articulations distales et proximales des doigts : phénomènes inflammatoires douloureux avec apparition de nodosités, radiologiquement des lésions constructives et érosives articulaires.

Les prélèvements histologiques effectués durant la période aiguë montrèrent une synoviale typiquement inflammatoire chez cinq malades sur six. L'histologie confirmait ainsi les caractères cliniques observés durant la période de début.

Il convient de signaler dès maintenant, que PETER dut multiplier les prélèvements chez le même malade au sein d'une même articulation.

KIDD et PETER (21) la même année, s'attachèrent à l'étude radiologique de l'affection et firent également une étude comparative avec les autres rhumatismes, dégénératifs et inflammatoires.

FELLMAN (13) en 1967, après avoir réuni les observa-

tions de quinze malades atteints de cette forme d'arthropathie des mains, proposa dans son rapport au Congrès de Rhumatologie de Lisbonne de l'appeler "arthrose ulcérante des articulations interphalangiennes proximales et distales des doigts."

Mc EWEN en 1968 (24), met l'accent par l'intermédiaire de quatre observations sur l'évolution éventuelle de l'arthrose érosive des doigts vers l'ankylose. Il s'agit de quatre femmes que l'auteur a suivies durant 15 ans. Présentant une arthrose érosive typique, l'ankylose s'est installée progressivement.

Cette possibilité d'évolution, bien que signalée par CRAIN ou PETER, n'avait jusque là jamais été retrouvée dans les observations des malades présentés.

D'autre part Mc EWEN insiste sur le fait qu'aucune de ses malades n'avait reçu, ni par voie intra-articulaire, ni par voie générale de corticoïdes, attirant l'attention ainsi sur l'apparition d'aspects érosifs constatés par ALARCON-SEGOVIA et WARD (1) après injection intra-articulaire de corticoïdes au cours d'une arthrose interphalangienne. Ces auteurs soulignent que de tels aspects ne se produisirent qu'après des injections nombreuses.

Au cours des troisièmes journées Franco-Italo-Suisses de Rhumatologie, RADI en 1969 (27) présenta quatorze observations d'arthrose érosive des doigts. Bien qu'il ait noté la fréquence élevée de lésions arthrosiques associées, il s'agirait pour lui d'un stade avancé des nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD.

REYBERT (28) dans un travail de la Clinique Rhumatologique de Marseille du Professeur RECORDIER, aboutit à des constatations comparables à celles de RADI.

Nous ferons largement écho aux remarquables travaux de DREYFUS, de SEZE et coll. (12) sur l'arthrose érosive des doigts apportant de nouvelles hypothèses sur l'étiopathogénie de l'arthrose. Notons d'ailleurs qu'au terme d'arthrose érosive des doigts donné par PETER, les auteurs préféreraient celui "d'arthrose érosive et constructive" se référant à l'aspect radiologique.

DESCRIPTION
ANATOMO - CLINIQUE

-:-

L'arthrose érosive des doigts touche de préférence les femmes : on note 10 femmes atteintes pour un homme. C'est entre 45 et 55 ans que l'atteinte est la plus fréquente, elle survient le plus souvent à la post-ménopause.

Dans la moitié des cas on peut noter un facteur héréditaire certain. Il s'agirait comme dans le cas des nodosités d'HEBERDEN d'une transmission par les femmes selon le mode de l'hérédité unilatérale (28). STECHER avait mis en évidence le caractère dominant chez les femmes et récessif chez les hommes concernant l'apparition de nodosités d'HEBERDEN (37).

La notion de profession ne semble pas intervenir dans l'apparition de la maladie.

Aucun antécédent pathologique n'est retrouvé de façon particulière, il n'a jamais été noté de goutte, de psoriasis, de traumatisme.

L'atteinte articulaire débute dans un grand nombre de cas au niveau des interphalangiennes distales. Si l'atteinte semble affecter l'index en premier, très rapidement toutes

les autres articulations des doigts sont touchées indifféremment sans caractère de symétrie.

Si l'interphalangienne du pouce est plus rarement atteinte, la rhizarthrose du pouce est fréquente.

Les articulations métacarpophalangiennes, le carpe sont toujours respectés.

La maladie empreinte essentiellement trois formes de début selon l'intensité.

1) La forme aiguë .

La symptomatologie qui caractérise le début étant la douleur : vive, durable. Très tôt, cette douleur accompagne les périodes inflammatoires lesquelles peuvent être fréquentes et longues (9).

Les signes classiques de l'inflammation sont retrouvés,

- rougeur,
- augmentation de la chaleur locale,
- tuméfaction,
- sensibilité à la pression.

Une forme aiguë de début peut apparaître sous l'aspect de kystes mucoïdes, ronds, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, situés sur le côté dorso-latéral des interphalangiennes distales dans la majorité des cas.

Les kystes ont une allure inflammatoire. Ils contiennent un liquide gélatineux, riche en hyaluronidase, transparent, incolore qui s'échappe parfois spontanément et dont l'é-

coulement peut récidiver maintes fois (27).

Dans les deux cas, la phase aiguë s'étend sur plusieurs mois, entrecoupée par des intervalles d'accalmies. Elle annonce ou accompagne le développement de nodules d'HEBERDEN et de BOUCHARD. Au niveau de ces derniers toutefois l'inflammation est moins importante.

2) La forme latente.

Le début peut passer inaperçu, les malades venant consulter non pour une douleur, mais pour une déformation ou une désaxation (ou bien encore les deux à la fois) des articulations interphalangiennes. Après une période de latence où se sont constituées des déformations et des désaxations, peut survenir une poussée aiguë (28).

3) La forme subaiguë

C'est une forme de début "intermédiaire" sans signes inflammatoires cliniques, faite uniquement de poussées douloureuses brèves - quelques jours seulement - aboutissant comme précédemment à des déformations d'installation progressive.

Dans tous les cas il faut souligner l'absence de signes généraux : le poids reste stable, il n'y a pas de poussées fébriles, l'état général est toujours conservé.

Il n'y a aucune lésion cutanée. et nodulaire..

En fait les manifestations cliniques de l'arthrose érosive des doigts sont comparables à celles observées dans les formes de début de la nodosité d'HEBERDEN. Des phénomènes particulièrement aigus doivent cependant mettre en éveil.

L'évolution est variable en durée et en intensité. Si la topographie définitive ne se réalise qu'au bout de cinq ans en moyenne, elle peut s'échelonner de quelques mois à plusieurs années. CRAIN et REYBERT rapportent les cas d'évolution sur 25 ans.

Les rechutes peuvent se produire au niveau d'une même articulation interphalangienne jusqu'à 10 ans après le début de la maladie, mais dans ce cas l'atteinte est beaucoup moins nette.

On peut établir trois formes évolutives particulières.

a) La forme non ankylosante qui est l'aboutissant généralement rencontré de l'arthrose érosive des doigts.

b) la forme ankylosante est rare, signalée par CRAIN et PETER, Mc EWEN (24) présenta quatre observations dans lesquelles on peut suivre l'évolution de l'arthrose érosive des doigts vers l'ankylose.

L'ankylose peut survenir très tôt au cours de l'évolution. Elle serait plus fréquente au niveau des interphalangiennes distales qu'au niveau des interphalangiennes proximales.

c) La forme associée à d'autres lésions arthrosiques : CRAIN avait noté la fréquence de l'association de cervicarthrose avec l'arthrose érosive des doigts. RADI et REYBERT rapportent également la possibilité de lésions arthrosiques dans d'autres articulations (27 - 28). PETER pour sa part ne note pas une fréquence anormale d'arthrose extra digitale (26).

On peut rapprocher l'analyse faite par STECHER (36) concernant les nodosités d'HEBERDEN : leur apparition n'est pas nécessairement liée à une atteinte arthrosique généralisée.

En fait on ne note pas chez des personnes présentant une arthrose érosive des doigts, des lésions arthrosiques extradigitales plus importantes que chez les autres individus du même âge. Mais jamais les autres articulations ne présentent des aspects érosifs comparables à ceux rencontrés au niveau des doigts.

Nous soulignerons encore que les articulations métacarpophalangiennes et du carpe sont toujours indemnes.

d) Bien que l'aspect définitif soit le plus souvent indépendant du mode d'installation de la maladie, pour KIDD et PETER les érosions osseuses que l'on observe au stade terminal seraient proportionnelles à l'intensité du processus inflammatoire (21).

L ' E X A M E N R A D I O L O G I Q U E

-: -

L'examen radiologique est un temps essentiel de l'examen car les aspects rencontrés sont d'autant plus intéressants qu'ils caractérisent la maladie.

La topographie : les interphalangiennes distales et proximales des doigts, la première articulation carpo-métacarpienne, l'interphalangienne du pouce.

Au stade du début de l'affection on peut observer une opacité péri-articulaire. Ensuite vont apparaître les lésions constructives et destructives caractéristiques.

En plus du modèle arthrosique habituel :

- pincement de l'interligne articulaire irrégulier,
- ostéophytose,
- sclérose marginale sous chondrale,

vient s'associer un processus érosif.

Ces érosions siègent au niveau des bordures articulaires et même des surfaces articulaires.

La traduction radiologique précoce, lors d'une prise de vue strictement de face est donnée par l'asymétrie des contours de la base ou de la tête des phalanges, un enfoncement ou une

interruption de la ligne bordant les contours.

Ces érosions sont larges, superficielles, ondulées, congruantes : elles finissent le plus souvent à s'encastrent l'une dans l'autre (27).

A un stade plus tardif se produit parfois une désaxation médiane ou latérale.

L'ankylose osseuse est assez exceptionnelle.

A cette description des érosions osseuses que RADI propose d'appeler "primaires", il constate fréquemment l'apparition d'érosions "secondaires". "Celles-ci sont localisées au niveau des transformations érosives primaires, elles sont plus petites, plus rondes et plus pénétrantes, donnant aux os atteints un aspect en collier de perles rappelant des lésions de goutte tophacée. Leur présence diminue la densité osseuse et provoque une "pseudo-ostéoporose" juxta-articulaire".

Toutefois la déminéralisation osseuse n'est jamais retrouvée par les différents auteurs (3 - 21 - 26).

L'évolution radiologique est comparable à l'évolution clinique, la stabilité des lésions s'installe de façon variable de quelques mois à plusieurs années.

B I O L O G I E

-:-

Malgré l'allure inflammatoire observée au niveau des articulations interphalangiennes, les examens biologiques n'apportent aucun élément positif, concordant avec l'absence de retentissement sur le plan général.

- La numération formule sanguine est normale, on ne note ni anémie, ni hyperleucocytose.

- La vitesse de sédimentation globulaire est normale ou très légèrement augmentée (chez les six malades de PETER (26) la vitesse de sédimentation la plus élevée est à 24 mm à la première heure).

- le latex et le Waaler-Rose sont négatifs.

- L'uricémie est normale dans la plupart des cas.

-:-

H I S T O L O G I E

-:-

L'aspect histologique de la synoviale des articulations interphalangiennes varie en fonction du stade évolutif de l'affection, il varie également avec le siège du prélèvement au sein d'une même synoviale.

PETER et coll. (26) ont pratiqué ces prélèvements durant la période inflammatoire de début, multipliant les prélèvements au niveau d'une même articulation.

Ainsi dans six observations présentées, cinq avaient un aspect inflammatoire, une seule montrant un aspect fibreux comparable à ce qui est constaté lors d'une arthrose.

Les lésions histologiques que l'on note le plus souvent sont les suivantes :

- hyperplasie synoviale,
- infiltration lymphoplasmocytaire,
- parfois aspect nodulaire,
- épaississement des parois vasculaires,
- exsudat amorphe.

Dans l'une des observations PETER mit en évidence la présence de cellules géantes. Cependant il n'a jamais été retrouvé de nécrose fibrinoïde.

Dans un cas seulement RADI (27) eut l'occasion de pratiquer un prélèvement histologique. Cet examen révéla une synoviale fibreuse avec un certain degré d'hyperplasie synoviocytaire, c'est-à-dire les signes habituels de l'arthrose.

O B S E R V A T I O N S

-:-

Nous illustrerons l'arthrose érosive des doigts à l'aide de quatre observations.

L'une d'elle nous a été confiée par le Docteur RUBENS-DUVAL, une autre par le Docteur ROTTERDAM et les deux dernières par le Professeur VILLIAUMEY. Nous les en remercions bien vivement pour l'aide précieuse qu'ils nous ont apportée.

Trois de ces observations proviennent de services de consultation ; l'exploration biologique a donc été moins importante que celle qui a pu être effectuée en milieu hospitalier. Elles permettent cependant d'apporter des éléments positifs tant radiologiques que cliniques.

Nous ne possédons aucune donnée histologique, nous avons hésité à infliger à ces malades une intervention chirurgicale, dans un souci purement théorique, étant donné que l'on n'est pas éclairé sur l'éventuel retentissement de l'arthrotomie.

o

o o

Observation n° 1. Mme S..., 52 ans.

- sans profession,
- aucun antécédent particulier,
- ménopause débutante.

La malade est adressée dans le service de Rhumatologie du Docteur RUBENS-DUVAL pour "rhumatisme d'allure inflammatoire" à localisations interphalangiennes.

Depuis un an et demi, cette malade en période pré-ménopausique, présente une tuméfaction au niveau des articulations interphalangiennes qui a débuté à l'interphalangienne distale du médus de la main droite. La jointure augmente progressivement de volume, est chaude, douloureuse, puis une autre articulation distale est touchée à son tour. L'une ou l'autre main est atteinte indifféremment, sans caractère symétrique.

Lorsque la malade est vue, les interphalangiennes proximales sont le siège d'une gêne à la flexion complète.

D'autre part, il existe une tuméfaction douloureuse des articulations carpo-métacarpiennes des deux pouces.

EXAMEN

- Les articulations interphalangiennes distales ne sont plus inflammatoires. Elles sont tuméfiées, fermes, indolores à la pression, limitées lors des mouvements de flexion.

- Les articulations interphalangiennes distales ne sont pas augmentées de volume mais la flexion est limitée.

- Les mouvements de l'articulation carpo-métacarpienne

des deux pouces, sont douloureux.

- Les articulations radio-carpiennes et métacarpophalangiennes des quatre derniers doigts sont normales.

- De même, intégrité des autres articulations.

BIOLOGIE.

- Pas d'anémie,
- Pas d'hyperleucocytose,
- Vitesse de sédimentation globulaire normale, (8mm à la première heure).

- Latex et Waaler-Rose négatifs,
- Absence de cellules L.E.

RADIOLOGIE.

- Les articulations interphalangiennes distales des IIe, IIIe et IVe doigts des deux mains sont le siège de lésions destructives et constructives : pincement de l'interligne articulaire, ostéophytose latérale et dorsale, érosions articulaires et péri-articulaires.

- Rhizarthrose débutante des deux pouces.
- Ostéophytose dorsale minime des interphalangiennes distales des Ve doigts.

- Les interphalangiennes proximales sont subnormales,
- Le carpe et les métacarpophalangiennes sont normaux.

Observation n° 2 : Mme S..., 70 ans.

- profession : ancienne manutentionnaire,
- pas d'antécédents particuliers, à signaler toutefois une péri-arthrite scapulo-humérale à 55 ans,
- pas de notion de main déformée chez la mère de cette malade.

A l'âge de 55 ans apparition de douleurs très vives, nocturnes, siégeant aux articulations interphalangiennes distales des deux index et des deux auriculaires avec gonflement.

Très rapidement apparaît une désaxation de la phalange distale.

Les autres articulations distales et proximales des doigts ont été prises successivement de manière stéréotypée :

- gonflement,
- douleur très vive, lancinante, nocturne,
- absence de rougeur,
- déformations,
- puis disparition du gonflement.

Durant une dizaine d'années la maladie a ainsi évolué : lorsqu'une jointure se libérait une autre était touchée.

Depuis 1965, les articulations interphalangiennes ne se sont pas modifiées.

EXAMEN

- Toutes les articulations interphalangiennes distales sont tuméfiées et présentent une désaxation en flexion et inclinaison latérale en dedans.

- Les articulations interphalangiennes proximales sont uniquement tuméfiées.

- Les articulations métacarpophalangiennes sont indemnes, il en est de même des pieds, des genoux, des hanches et des coudes.

BIOLOGIE.

- Elle n'apporte pas d'éléments particuliers, notamment la vitesse de sédimentation globulaire n'est pas augmentée.

RADIOLOGIE.

- Aspects constructifs et destructifs de toutes les interphalangiennes distales et proximales des deux mains.

- A noter que les pouces sont également touchés.
- Les déviations sont importantes, anarchiques.
- Les métacarpophalangiennes et le carpe ne sont pas atteints.

Il faut noter la stabilité des lésions radiologiques sur une période s'étendant sur huit ans. En effet, les clichés pris à la fin des épisodes douloureux et ceux pratiqués actuellement alors que la malade ne souffre plus, sont superposables.

o

o o

Observation n° 3 : Mme M... 62 ans.

- sans profession.

Les douleurs sont apparues vers l'âge de 57 ans, mais elles avaient été précédées plusieurs mois auparavant par des déformations, avec d'abord constitution de nodosités d'HEBERDEN puis de nodosités de BOUCHARD.

Depuis deux ans, les douleurs sont beaucoup moins importantes, sans signes inflammatoires.

Les déformations sont nettes, il existe une raideur qui persiste tout au long de la journée.

Les autres articulations sont indemnes.

La vitesse de sédimentation globulaire est à 12 mm à la première heure.

Les clichés radiologiques montrent un aspect d'arthrose érosive typique de toutes les interphalangiennes et des pouces. On note l'intégrité de la radio-carpienne et des métacarpophalangiennes.

o
o o

Observation n° 4 : Mme V..., 71 ans.

- pianiste,
- aucun antécédent particulier .

Cette malade vient consulter essentiellement pour un problème esthétique et de gêne à la mobilisation des doigts.

Elle présente le tableau suivant, des nodosités d'HEBER-

DEN aux deux mains.

Il existe au niveau de toutes les interphalangiennes distales de la main droite et aux IIe et IIIe doigts de la main gauche, une flexion et une déviation latérale.

Les articulations interphalangiennes distales des IVe et Ve doigts à gauche sont en flexion.

Il existe également une rhizarthrose bilatérale.

Aucune articulation interphalangienne n'est le siège de signes inflammatoires. Les interphalangiennes distales des deux index sont seules douloureuses, pour les autres, on note une gêne à la flexion qui accentue la déviation latérale externe à droite.

Les examens complémentaires montrent une vitesse de sédimentation à 22 mm à la première heure, sans modification de l'hémogramme.

Sur les clichés radiologiques, on retrouve l'aspect d'arthrose érosive au niveau des interphalangiennes distales des quatre derniers doigts des deux mains. On note aussi une rhizarthrose bilatérale.

Le carpe et les métacarpophalangiennes sont indemnes.

Le rachis cervical et lombaire est le siège d'un processus arthrosique : tassements discaux, ostéophytose.

Les coxo-fémorales, les genoux ne sont pas lésés.

Les quatre observations, illustrant ainsi l'arthrose érosive des doigts, regroupent les formes principales que peut prendre la maladie : une forme aiguë ou subaiguë et une forme latente, lentement évolutive.

Il s'agit dans les quatre cas de femmes, le début de la maladie s'échelonnant entre 51 et 56 ans. Il n'a pas été possible de le déterminer de façon précise chez l'une d'entre elles.

Une fois, la profession peut être en cause dans l'apparition de lésions digitales, il s'agit d'une pianiste.

La forme de début s'est manifestée de façon aiguë chez deux malades (observations 1 et 2). Dans l'observation n° 2 le début prend même un aspect très inflammatoire, douleurs nocturnes vives, lancinantes posant des problèmes diagnostiques et thérapeutiques difficiles.

Il y a simultanéité dans ces deux cas des signes objectifs et subjectifs.

Dans l'observation n° 3, le début est subaigu, les signes objectifs précèdent de plusieurs mois les signes subjectifs.

Enfin, le début est plus difficile à préciser de l'observation n° 4 qui représente la forme latente.

L'atteinte de l'articulation interphalangienne distale précède toujours celle des interphalangiennes proximales. L'aspect radiologique montre d'ailleurs très souvent des lésions dégénératives et constructives plus importantes au niveau des interphalangiennes distales. (A noter, l'atteinte au niveau des

deux pouces dans trois observations 2, 3, 4).

Nous trouvons associée, dans deux observations, à l'arthrose érosive des doigts une rhizarthrose du pouce bilatérale (observations 1 - 4) mais jamais le carpe ou les métacarpophalangiennes ne furent touchés.

Les contrôles radiologiques des autres articulations n'ont montré qu'une fois, une arthrose du rachis cervical (observation n° 4), alors que dans l'observation n° 2, la périarthrite scapulo-humérale a précédé de quelques mois l'arthrose érosive des doigts.

L'évolution de la maladie s'est faite pour les trois premiers malades entre 3 et 10 ans. Pour la dernière malade il est impossible de préciser le début de la maladie.

L'observation n° 2 nous permet de constater la stabilité des lésions une fois l'évolution terminée, ainsi les clichés pris à huit ans d'intervalle nous montrent que les aspects des articulations interphalangiennes sont comparables.

Dans aucun cas, la vitesse de sédimentation n'est augmentée.

Bien qu'incomplète; notamment sur le plan de l'examen anatomo-pathologique, ces observations entrent bien dans le cadre de l'arthrose érosive telle qu'elle fut décrite par CRAIN ou PETER. Elles permettent en outre d'établir la proche parenté avec l'arthrose digitale habituelle, problème dont nous aurons à discuter lors de la place nosologique de l'arthrose érosive des doigts.

D I S C U S S I O N

- - -

L'arthrose érosive des doigts doit-elle être considérée comme une atteinte rhumatismale inflammatoire ? doit-elle être rattachée à la pathologie du rhumatisme dégénératif ? Ou bien représente-t-elle une forme sévère du même processus pathologique qui est la cause des nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD ?

Avant de tenter de répondre à ces questions importantes, nous essaierons dans un premier temps d'envisager les principales affections rhumatismales inflammatoires et métaboliques qui peuvent poser un problème diagnostique avec l'arthrose érosive des doigts.

Dans un second temps nous étudierons les aspects principaux de l'arthrose digitale et de l'arthrose primaire généralisée, nous en discuterons les rapports avec l'arthrose érosive.

Enfin, nous aborderons quelques données récentes concernant l'étiopathogénie des nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD.

o

o o

A - PRINCIPALES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET METABOLIQUES.

1 - La polyarthrite rhumatoïde.

Les arthrites interphalangiennes de la polyarthrite rhumatoïde sont évidemment les premières qui doivent être discutées devant une arthrose érosive des doigts.

Dans la plupart des cas cependant, le problème ne se pose pas, on est devant une polyarthrite rhumatoïde à forme évoluée, typique, le diagnostic est facile à établir.

D'une façon générale également, différents arguments cliniques, radiologiques et biologiques devraient les différencier durant la période d'état, on note ainsi dans ce rhumatisme inflammatoire :

- une atteinte de l'état général,
- un amaigrissement,
- une vitesse de sédimentation élevée,
- la réaction au latex et le Waaler-Rose sont le plus souvent positifs.

Si l'atteinte touche essentiellement les femmes, ce sont de préférence des femmes jeunes.

Parmi les articulations le plus souvent atteintes il faut citer les interphalangiennes proximales mais surtout les métacarpophalangiennes de l'index et du médus, également les poignets, les genoux ; même les temporo-maxillaires ou celles du rachis cervical peuvent être touchées.

De même, les signes radiologiques montrent à un stade précoce une déminéralisation (alors que celle-ci n'est jamais retrouvée dans l'arthrose érosive des doigts (2), secondairement un pincement articulaire, des encoches en coups d'ongle, puis se constituent des subluxations et des synostoses. On observe enfin des érosions des bordures articulaires.

Le problème diagnostique est envisagé essentiellement à la période de début : lorsque l'arthrose érosive des doigts présente un aspect très aigu, inflammatoire et que la polyarthrite rhumatoïde prend la forme d'une acropolyarthrite.

La sérologie rhumatoïde est très souvent négative à cette période et la radiologie peut ne pas apporter les éléments différentiels entre les deux affections.

Il faut signaler encore que si la polyarthrite rhumatoïde survient chez des femmes jeunes, il est noté un second "pic" d'élection entre 50 et 60 ans (42) qui correspond d'ailleurs à l'âge favorable de l'arthrose érosive des doigts.

Enfin, les prélèvements histologiques présenteraient une grande analogie puisque PETER avait constaté des aspects comparables à ceux de la polyarthrite rhumatoïde : prolifération des villosités synoviales qui sont hypertrophiées, nodules lympho-plasmocytaires, exsudat amorphe, thrombose des vaisseaux.

Si dans un grand nombre de cas le diagnostic ne se pose pas, parfois seule l'évolution permet de différencier ces deux maladies.

2 - La pelvispondylite rhumatismale.

Dans le même ordre d'idées, signalons la localisation périphérique d'une pelvispondylite rhumatismale, non pas dans sa forme évoluée où le diagnostic ne se pose pas, mais à la période de début, dans le cas d'une monoarthrite interphalangienne isolée. Seule localisation d'une monoarthrite n'ayant pas fait sa preuve.

Il faut signaler la très grande rareté d'une telle localisation périphérique sans autres signes sacro-iliaques.

La pelvispondylite rhumatismale survenant avec une grande fréquence chez l'homme jeune, cela montre d'avantage le caractère exceptionnel de cette éventualité.

3 - Le rhumatisme psoriasique.

L'atteinte des petites articulations distales et en particulier les interphalangiennes distales (mains et pieds) est assez fréquente dans le psoriasis puisqu'elle représente 54 % des cas, associée toutefois aux autres atteintes articulaires.

L'aspect clinique présente un certain nombre d'analogies avec l'arthrose érosive des doigts :

- gonflement articulaire,
- aspect d'inflammation subaiguë avec rougeur plus ou moins marquée,
- l'hyperthermie est modeste ou nulle par contre,

- évolution se faisant par poussées,
- désaxations atypiques, dislocations anarchiques des doigts qui sont déjetés dans des directions variables.

A la radiographie : les lésions initiales montrent une érosion marginale des extrémités phalangiennes, cette destruction gagne irrégulièrement la face latérale des phalanges. Il s'y associe des phénomènes constructifs : ostéophytose.

Les signes généraux sont absents dans 50 % des cas.

Cependant si l'atteinte de l'état général peut être notée (de façon moindre que dans la polyarthrite rhumatoïde par exemple), la fièvre est présente dans 30 à 60 % des cas, selon les auteurs, au moment des poussées (8). Elle est irrégulière capricieuse, elle est nulle au moment des rémissions.

Par contre de façon constante, la vitesse de sédimentation est très augmentée, contrastant avec l'état clinique. Elle ne décroît pas, même à la disparition des signes généraux.

Il existe de plus une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.

On remarque là encore l'absence de positivité du sérum en facteur rhumatoïde (dans 14 % des cas il existe une réaction de Waaler-Rose positive, à noter qu'elle l'est dans 64 % des cas dans une polyarthrite rhumatoïde (8).

A l'examen histologique il est noté une synoviale beaucoup plus scléreuse qu'inflammatoire, faisant penser aux lésions "d'irritation mécanique". Les vaisseaux ont leur paroi épaissie.

COSTE ET SOLNICA n'ont retrouvé que dans deux cas sur treize une synoviale ayant l'aspect de la polyarthrite rhumatoïde (8).

Ainsi décrite la polyarthrite psoriasique présente un certain nombre de points communs avec l'arthrose érosive des doigts.

Toutefois, l'élément essentiel est représenté par la dermatose. Celle-ci est extrêmement fréquente, COSTE et SOLNICA notent dans 75 % des cas une précession de l'atteinte cutanée et dans 15 % des cas une simultanéité des atteintes cutanées et articulaires. Ce n'est donc que dans 10 % des cas que l'atteinte articulaire précède toute lésion cutanée.

De plus, si l'atteinte des articulations interphalangiennes des mains se rencontrent chez 54 % des malades, il faut souligner son association très fréquente avec d'autres jointures : genoux, poignets, pieds, épaules, sacro-iliaques...

Ce n'est que dans 7 % qu'elle est isolée aux doigts.

Cette atteinte isolée, la précession ou la simultanéité fréquentes de la dermatose diminuent d'autant l'éventualité d'une arthrite interphalangienne psoriasique sans lésions cutanées.

Ce n'est donc pas tant dans sa forme évoluée, avec mais disloquées de façon anarchique ou même, dans un faible

pourcentage de cas où l'aspect est comparable à l'acropathie ulcéro-mutilante avec "main en lorgnette", la radiographie devenant alors évidente (la structure des pièces osseuses juxta-articulaires devient indécise, la trame osseuse est parsemée de petites aires "d'ostéite condensante" d'où l'aspect poussiéreux donné par COSTE et GOUGEROT) que le diagnostic peut se poser avec l'arthrose érosive des doigts, mais dans la forme de début : lorsque la dermatose est inapparente ou lorsque le psoriaris est momentanément blanchi.

Tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude de l'arthrose érosive des doigts ont souligné l'absence de dermatose au cours de cette arthropathie (9 - 26 - 27 - 28).

4 - La goutte.

L'arthropathie interphalangienne goutteuse doit également être évoquée devant une arthrose érosive interdigitale, car certains aspects peuvent parfois en être rapprochés.

Il faut noter tout d'abord le caractère exceptionnel d'une atteinte touchant plusieurs articulations de la main d'emblée.

Dans 80 % des cas, la première crise survient au pied, puis viennent par ordre de fréquence, les genoux, les mains (métacarpophalangiennes, interphalangiennes), les poignets, les coudes ... (40).

Les arthropathies siégeant au niveau des mains sont peu douloureuses, elles entraînent surtout des déformations sous forme de masses arrondies, bosselées, de saillis variables siégeant sur n'importe quelle articulation.

Aux interphalangiennes distales elles sont plus volumineuses que les nodosités d'HERBERDEN, plus irrégulières, avec un reflet blanc jaunâtre de la peau.

Les images radiologiques sont essentiellement des géodes et des encoches alors que le pincement articulaire et l'ostéophytose sont plus rares.

Ni CRAIN, ni PETER, ne mentionnent dans leur étude respective sur l'arthrose érosive des doigts le taux d'uricémie de leurs malades.

RADI quant à lui a trouvé chez 12 des 14 malades étudiés une uricémie normale (27). 2 seulement avaient un taux élevé (78mg/l et 89 mg/l).

REYBERT (28) note que sur 17 malades, 10 ont une uricémie supérieure à 60 mg/l dont 2 supérieures à 70 mg/l.

Cela ne permet pas d'affirmer qu'il pourrait exister un rapport entre l'arthrose et le taux d'uricémie car les chiffres sont en tous points comparables à ceux notés sur un échantillon de population. De plus, dans leur étude sur la signification biologique de l'uricémie, RYCKEVAERT et KUNTZ (32) constatent que si le taux de 60 mg/l est souvent considéré comme limite supérieure de l'urocémie normale chez les femmes, celles-ci ne font de crises de goutte que pour le même taux d'uricémie que l'homme, c'est à dire presque toujours pour des taux supérieurs à 70 mg/l.

Si quelques points cliniques peuvent faire se rapprocher

ces deux affections, un très grand nombre les en éloigne. Soulignons encore le caractère exceptionnel de l'atteinte initiale au niveau d'une articulation interphalangienne.

5 - La chondrocalcinose.

A côté des formes latentes qui sont des découvertes radiologiques (33), la chondrocalcinose peut revêtir des aspects inflammatoires.

L'atteinte touche essentiellement les grosses articulations, les petites jointures et en particulier les interphalangiennes sont rarement intéressées. (Le carpe et les métacarpophalangiennes étant préférentiellement touchées).

Localisée aux mains, la chondrocalcinose peut simuler une polyarthrite chronique évolutive ainsi qu'une arthrose érosive dans la forme de début aigu :

- douleurs importantes au niveau des articulations des doigts,
- signes inflammatoires d'accompagnement.

Mais la guérison survient spontanément, sans séquelles en quelques semaines.

Les images radiologiques sont pathognomoniques : sur des clichés mous, elles montrent une calcification des cartilages de revêtement, l'interligne articulaire reste normal, il n'existe pas d'ostéophytose.

L'examen radiologique systématique de toutes les articulations pratiqué chez des malades porteurs d'arthrose érosive des doigts n'a jamais pu mettre en évidence de telles anomalies.

C'est plutôt dans la forme secondaire à une hémochromatose que le diagnostic peut être plus difficile à poser (11). Essentiellement lorsque l'atteinte articulaire précède l'apparition de l'hémochromatose.

Dans cette forme l'atteinte des petites articulations des mains est plus fréquente.

Cependant en plus des interphalangiennes proximales, les métacarpophalangiennes sont également touchées.

S'il existe un pincement de l'interligne articulaire, celui-ci est bien dessiné, on note également un grignotage sous-chondral avec microgéodes. Là encore, il n'y a pas d'ostéophytose.

Nous sommes assez loin de l'aspect retrouvé dans l'arthrose érosive des doigts.

6 - Affections très rares.

Nous ne ferons que citer certaines affections rares, qui certes peuvent, par quelques signes, avoir des points communs avec l'arthrose érosive interdigitale, mais en fait ont une histoire bien particulière et s'en différencient très bien.

a) La maladie de THIEMANN (23) survient chez le sujet

jeune, en plus de l'atteinte des articulations interphalangiennes, il existe des lésions épiphysaires des doigts, ce que l'on ne retrouve pas dans l'arthrose érosive des doigts.

b) La maladie de KASHIN-BEK (6) est également bien originale, elle est localisée géographiquement puisqu'elle est rencontrée dans les régions entourant la Mondchourie. Elle frappe les sujets en période de croissance et se présente comme une poly-épiphysite à rechutes. Si les interphalangiennes sont touchées, d'autres articulations le sont également : le rachis, les genoux, le carpe, les articulations des pieds...

o

o o

B - L'ARTHROSE INTERPHALANGIENNE.

Nous avons passé en revue un certain nombre d'affections inflammatoires et métaboliques qui peuvent présenter des analogies avec l'arthrose érosive des doigts. Nous évoquerons maintenant les rapports existants avec les arthropathies dégénératives et plus précisément avec les nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD.

Parmi les nombreux travaux concernant l'arthrose interphalangienne nous retiendrons ceux très significatifs de STECHER (37 - 38) et de KELLGREN et MOORE (20).

1 - Les nodosités d'HEBERDEN.

STECHEER, qui a étudié pendant plus de 20 ans les nodo-

sités d'HEBERDEN a pu mettre en évidence une forme de début assez fréquente se faisant sur le mode inflammatoire.

Il est intéressant de rapporter quelques résultats de l'étude entreprise par STECHER on y mesurera d'avantage les rapports étroits entre les nodosités d'HEBERDEN et l'arthrose érosive des doigts.

On peut noter tout d'abord cette réflexion que l'auteur écrivait sur les nodosités d'HEBERDEN : "Elles peuvent exister sans que l'arthrose se manifeste ailleurs : l'atteinte concomittante des genoux, des hanches, de la colonne vertébrale peut se voir, mais pas plus souvent que chez d'autres femmes d'âge correspondant. Chez quelques malades ayant des nodosités d'HEBERDEN, l'arthrose est censée frapper d'autres articulations mais cela n'implique pas un lien étiologique." (38).

Les nodosités frappent les femmes essentiellement : dix femmes pour un homme.

Il existe un caractère héréditaire certain (il s'agirait pour STECHER, d'un facteur chromosomique dominant chez la femme, récessif chez l'homme).

L'évolution peut se faire essentiellement, selon un mode inflammatoire par poussées, aboutissant à des déformations en flexion et à des déviations latérales des doigts.

Dans 40 % des cas, il note en plus une atteinte des interphalangiennes proximales tandis que les métacarpophalangiennes sont indemnes.

L'atteinte des autres articulations est peu importante ; Dans une série de 94 femmes présentant des nodosités d'HEBERDEN douze seulement avaient une autre lésion arthrosique :

parmi elles :

- neuf avaient une gonarthrose,
- une avait une coxarthrose.

STECHER s'empresse d'ajouter qu'il ne croit pas que les nodosités d'HEBERDEN soient un élément du syndrome arthrosique généralisé (cela s'oppose à la thèse de KELLGREN et MOORE dont nous étudierons les aspects plus mloin.)

Il souligne l'absence de rapport entre la présence de nodules aux interphalangiennes distales et l'obésité ou l'hypertension artérielle.

Enfin, en plus des signes classiques radiologiques d'arthrose, il mentionne l'absence d'ostéoporose au niveau des phalanges.

2 - Arthrose primaire généralisée.

KELLGREN et MOORE (20) dans leur étude sur l'arthrose généralisée et les nodosités d'HEBERDEN, décrivent une forme particulière, "une entité clinique" à début douloureux spontanément, touchant les interphalangiennes distales et proximales ainsi que la Ière articulation carpométacarpienne, mais aussi le gros orteil et la Ière articulation tarso-métatarsienne, le rachis, les genoux, les hanches, les articulations des membres ...

Cette "arthrose primaire généralisée" présente la particularité de débiter sous une forme relativement douloureuse pouvant même prendre une allure nettement inflammatoire. L'articulation distale des doigts devenant rouge, chaude, tuméfiée, douloureuse.

Quelques mois plus tard, la phase chronique lui succède, l'articulation est le siège d'excroissances osseuses.

Les auteurs cependant insistent sur le fait que tous les cas ne se présentèrent pas sous cette forme de début aigu pouvant simuler jusqu'à l'existence d'un processus infectieux.

C'est ainsi que sur 120 patients examinés, 99 eurent un début subaigu ou même progressif.

Néanmoins une phase initiale plus ou moins douloureuse de chaque articulation touchée est la règle dans les cas les plus sérieux.

Reprenons brièvement les méthodes d'étude et les résultats cliniques :

- L'étude porte donc sur 120 malades, il y a 110 femmes et 10 hommes/

Pour le sexe féminin l'âge d'apparition des douleurs ou des manifestations arthrosiques se fait entre 35 et 73 ans, la moyenne d'âge est de 52 ans.

Pour le sexe masculin l'atteinte a lieu entre 20 et 60 ans, la moyenne est de 50 ans.

- Pour ce qui concerne les articulations touchées, ils notent que chez 41 malades sur 120, les nodosités d'HEBERDEN sont isolées. Chez 62 malades, l'atteinte de la première articulation carpo-métacarpienne est associée à celles des articulations distales des doigts.

Les os du carpe et les métacarpophalangiennes sont en général indemnes.

Par contre les interphalangiennes proximales sont touchées chez 49 malades.

Les articulations des pieds furent atteintes dans 50 cas, les hanches dans 36 cas, les genoux dans 64 cas, le rachis dans 57 cas.

- Il n'existe pas de grands désordres tant du point de vue des signes généraux que des examens complémentaires. Cela malgré l'allure inflammatoire rencontrée.

- Le poids reste stable,
- l'état général est conservé,
- il n'y a pas d'interférences avec le système cardiovasculaire (la pression artérielle reste inchangée),
- la vitesse de sédimentation globulaire étudiée chez 112 malades montre des chiffres inférieurs à 20 mm 66 fois, compris entre 20 et 40, 38 fois et supérieur à 40 à 8 reprises. (Dans les 20 cas où l'atteinte est monocarticulaire toutes les vitesses de sédimentation sont inférieures à 20 mm à la première heure),
- les tests au latex et le Waaler-Rose sont tous négatifs.

- Les aspects radiologiques sont ceux de l'arthrose en général : pincement articulaires, sclérose osseuse sous-chondrale, ostéophytose. Il faut noter que KELLGREN en classant en 4 groupes les images radiologiques selon l'évolutivité des lésions, décrivait dans le groupe IV des aspects comparables à ceux de l'arthrose érosive (18 - 19).

Pour KELLGREN et MOORE, l'arthrose primaire généralisée devrait être considérée comme une forme sévère des nodosités d'HEBERDEN.

°
° °

C - PLACE NOSOLOGIQUE DE L'ARTHROSE EROSIVE DES DOIGTS.

De tout ce qui précède, c'est à dire de l'étude comparative de l'arthrose érosive des doigts entre les rhumatismes inflammatoires et dégénératifs, les points de concordance sont les plus fréquents et les plus étroits avec ces derniers.

Si CRAIN (9) et surtout PETER (26) ont insisté sur le fait que l'arthrose érosive des doigts était isolée, la différenciant bien de l'arthrose de KELLGREN, RADI (27) quant à lui note chez neuf des quatorze cas d'arthrose érosive des doigts une polyarthrose associée. REYBERT (28) la retrouve dans 25 % des cas.

Malgré ce caractère particulier, tous les auteurs ayant étudié l'arthrose érosive interdigitale s'accordent à reconnaître ses rapports étroits avec les nodosités d'HEBERDEN.

Ainsi pour RADI "l'arthrose érosive des doigts est comparable aux nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD et pourrait représenter un stade avancé de la maladie." (27).

De même Mc EWEN (24) dans l'article consacré à l'arthrose des doigts avec ankylose est amené à envisager la place nosologique de la maladie. Après avoir souligné le problème histologique et la possibilité de rencontrer dans une même articulation une synoviale ayant des aspects inflammatoire ou normaux, il note : "une dernière question à discuter est celle de savoir si l'arthrose érosive constitue une entité différente de l'arthrose primaire habituelle. Dans les observations rapportées, la période de début et les premières modifications ne se différenciaient en aucun point, ni cliniquement, ni radiologiquement des nodosités d'HEBERDEN typiques et de l'arthrose des articulations des interphalangiennes proximales. Ce n'est qu'au stade tardif de l'évolution que l'on voit apparaître des différences et qui sembleraient être des différences d'intensité. Il nous paraît par conséquent que l'arthrose érosive des doigts est une forme sévère du même processus pathologique qui est la cause des nodosités d'HEBERDEN et des lésions des interphalangiennes proximales qui les accompagnent fréquemment. Cependant nous pensons comme PETER qu'il serait préférable d'utiliser le terme "d'arthrose érosive", ce qui permettra d'éviter la confusion et de différencier les cas érosifs sévères des exemples plus courants d'arthrose des doigts."

D - PROBLEME POSE PAR L'ASPECT HISTOLOGIQUE.

PETER fait de l'aspect histologique de la synoviale un des caractères essentiels qui pour lui doit faire discuter de la place que doit occuper l'arthrose érosive des doigts dans le cadre de l'arthrose et de l'arthrite.

Rappelons que chez cinq des six malades étudiés par PETER, les prélèvements synoviaux pratiqués ont montré un aspect typiquement inflammatoire (comparable à ce que l'on rencontre dans la polyarthrite rhumatoïde). Chez la sixième patiente l'aspect était celui de l'arthrose banale.

Par contre RADI, qui n'a pratiqué qu'un seul prélèvement, n'a pas noté les caractères inflammatoires prouvant l'originalité de la maladie.

Par comparaison, nous pouvons nous référer d'une part aux travaux de SEZE et coll. (34) sur la nodosité de BOUCHARD où une étude de la synoviale est largement détaillée, et d'autre part à ceux de ROBECCHI (29) sur la nodosité d'HEBERDEN.

- De SEZE a pratiqué 16 prélèvements aux interphalangiennes proximales et 6 aux interphalangiennes distales.

Aux interphalangiennes proximales.

- 14 ne présentèrent aucun signes inflammatoire,
- les 12 autres montrèrent de discrets infiltrats lympho-plasmocytaires péri-vasculaires (pouvant être observés dans les arthroses habituelles).

Aux interphalangiennes distales.

- 4 prélèvements étaient normaux,
- 1 présentait de discrets infiltrats péri-vasculaires,
- le dernier enfin présentait l'aspect d'une synovite inflammatoire de type rhumatoïde, ayant tous les critères habituellement admis.

- ROBECCHI rapporte les résultats portant sur neuf prélèvements synoviaux aux interphalangiennes distales : aucun ne présentait de signes inflammatoires.

Il serait donc logique de se fier à l'examen anatomo-pathologique pour poser le diagnostic de la maladie, en fait il en est tout autrement. PETER et Mc EWEN soulignent chacun de leur côté, la nécessité de multiplier les prélèvements au sein d'une même synoviale. La même synoviale pouvant montrer en effet, aussi bien un aspect inflammatoire qu'arthrosique ou bien encore normal.

o

o o

E - HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES RECENTES DES NODOSITES
d'HEBERDEN ET DE BOUCHARD.

S'il est logique dans l'état actuel de nos connaissances de différencier l'arthrose érosive des doigts avec les rhumatismes inflammatoires, il serait souhaitable d'approfondir les résultats enregistrés par PETER concernant l'aspect histologique de la synoviale.

L'étude histochimique de la synoviale permettrait peut-être d'apporter des éléments nouveaux pour la classification des affections rhumatismales (12).

DREYFUS et de SEZE dans une étude concernant l'arthrose érosive des doigts à laquelle ils donnent ce sous-titre "aux confins de l'arthrite et de l'arthrose" évoquent d'une façon précise les problèmes étiopathogéniques soulevés par les nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD.

Il nous a semblé intéressant de reprendre les idées générales de cette étude ainsi que le développement de celle-là dans la thèse de DI MENZA sur la nodosité de BOUCHARD (10).

S'il paraît établi que la lésion biochimique fondamentale de l'arthrose consiste en une dégradation de la chondro-muco-protéine de la substance fondamentale, les hypothèses qui s'y rattachent : origine cartilagineuse, origine liquide synovial, n'apportent pas toutes les précisions désirées.

Les auteurs émettent une troisième hypothèse qui serait l'origine synoviale de certaines arthroses et de l'arthrose des doigts en particulier, mais pas spécialement de l'arthrose érosive.

Cette "hypothèse de travail" est ainsi développée par DI MENZA :

- "L'équipement enzymatiques des synoviocytes qui contiennent à la fois des protéases - présentes dans le cartilage - et l'hyaluronidase - absente dans ce dernier."

- "Les rapports étroits, non seulement anatomiques mais aussi physiologiques qui unissent le cartilage et le milieu synovial."

- "Le caractère nettement inflammatoire de certaines arthroses digitales, non seulement clinique mais parfois affirmé par l'histologie.

Ainsi dans le cadre de l'hypothèse de travail que nous évoquons ici, une inflammation synoviale même transitoire, libérant des enzymes protéolytiques, pourrait aux doigts déterminer les conditions d'apparition et de développement d'arthropathies correspondant à certaines nodosités de BOUCHARD et d'HEBERDEN."

Cela serait en désaccord avec les constatations histologiques de ROBECCHI et PINO SACCA (29), ainsi que la plupart de celles rapportées par DI MENZA et pourrait fournir une explication à l'arthrose érosive de PETER.

Il faut à nouveau insister sur les caractères variables de l'aspect histologique d'une articulation à une autre et au sein d'une même articulation. Un autre élément également intervient, il s'agit de la chronologie des prélèvements.

PETER étudia la synoviale durant les épisodes cliniquement inflammatoires, DI MENZA au stade quiescent de la maladie, enfin ROBECCHI pratiqua les prélèvements sur le cadavre.

"Dans ces conditions, conclut DI MENZA, l'intérêt qui s'attache à toute hypothèse, fut-elle synoviale, concernant la pathogénie des arthroses, invite à des études histologiques

répétées de la synoviale arthrosique, surtout à la phase initiale de l'arthrose digitale, ne se limitant pas à la recherche de signes histologiques classiques de l'inflammation, mais faisant appel aux techniques plus modernes de l'histochemie et de la microscopie électronique."

L'on comprend mieux ainsi la volonté de PETER, en voulant considérer l'arthrose érosive des doigts comme une entité distincte, celle d'encourager de nouvelles recherches concernant l'arthrose et l'arthrite (26).

Notre point de vue personnel sur tous les aspects exposés est que l'arthrose érosive des doigts représente une forme particulière de l'arthrose interphalangienne avec des destructions osseuses associées, dans la genèse de laquelle pourraient intervenir les microtraumatismes de la vie courante ou professionnelle si fréquents au niveau de ces petites articulations.

T R A I T E M E N T

- 2 -

Il n'y a pas d'indications thérapeutiques particulières à l'arthrose érosive des doigts, le traitement qu'on lui applique est celui de toute arthrose digitale, c'est la raison pour laquelle nous n'en avons donné que les éléments principaux.

La liste est fort longue de drogues mises à la disposition du praticien dans le traitement du rhumatisme dégénératif: antalgiques, anti-inflammatoires sont largement employés dans les formes de début ou au cours des récidives, à côté de ceux-ci, il existe une thérapeutique anti-arthrosique dite de "fond".

Sans être négligeables les indications chirurgicales sont beaucoup plus restreintes et les résultats sont contradictoires.

Enfin nous ferons une place plus large à la crénothérapie en apportant la preuve de sa remarquable efficacité.

1. Le traitement médical.

C'est en fait le principal mode de traitement, le plus largement répandu.

Durant la période douloureuse, inflammatoire, il est fait appel aux antalgiques dont certains possèdent en outre

une activité anti-inflammatoire. Ce sont pour les plus importants : les salicylés, les pyrazolés, l'indométacine, l'acide métiiazinique ...

Leur action est purement symptomatique et si les résultats sont souvent satisfaisants ils ne sont pas dénués d'inconvénients notamment au niveau du tube digestif.

En ce qui concerne les corticoïdes par voie orale, leur emploi n'est pas fréquent, LIEVRE (22) signale que la cortisone à "bonne dose soulage constamment les douleurs" toutefois il ne conseille pas une telle cure et souligne qu'il ne l'utilise guère dans l'arthrose des doigts.

Il en est tout autrement localement, l'injection intra-articulaire de corticoïdes peut être efficace. Cependant cette voie est très douloureuse et risque même de provoquer des lésions cartilagineuses. Par voie percutanée ces inconvénients sont éliminés, les résultats sont assez variables.

Il ne faut pas négliger l'emploi de médications anti-arthrosiques, thérapeutique dite de "fond" qui apporte des résultats appréciables. Leur action certes n'est pas spectaculaire mais ils peuvent limiter dans une certaine mesure l'aggravation et l'évolution trop rapides. Parmi ces médications l'on peut citer les classiques préparations iodo-soufrés ou celles plus récentes à base d'extraits de moelle et de cartilage.

2. La crénothérapie.

Elle nous retiendra d'avantage car la preuve peut être faite de son efficacité. RUBENS-DUVAL, VILLIAUMEY, LOUIS et

KAPLAN dans une étude de très détaillée sur la crénothérapie de l'arthrose (31), ont apporté des éléments positifs concernant l'arthrose des doigts plus particulièrement.

L'observation recouvre 49 cas de nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD et 26 cas de rhizarthrose du pouce.

Les résultats sont classés en trois groupes !

- Très bons résultats :

- . précoces, de bonne qualité, durables (supérieur à 6 mois)
- . suppression ou sédation des douleurs,
- . amplitude motrice accrue.

- Résultats intéressants :

- . amélioration certaine mais de moins bonne qualité, partielle, plus lente à se manifester et souvent moins durable,
- . bénéfice fonctionnel modeste,
- . récupération motrice limitée.

- Echecs :

- . soit inefficacité thérapeutique complète,
- . soit amélioration de qualité médiocre ou fugace inférieure à 2 mois/

Sur 49 nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD, les auteurs notent :

- 30 très bons résultats,
- 10 résultats intéressants,
- 9 échecs.

Sur 26 rhizarthroses :

- 19 très bons résultats,

- 5 résultats intéressants,
- 2 échecs.

Le traitement thermal s'est donc manifesté comme une excellente méthode thérapeutique : la proportion de très bons résultats atteint 65 %. Ce qui est largement supérieur à ce que l'on obtient avec les traitements médicamenteux ou les injections intra-articulaires de corticoïdes.

En même temps que la douleur s'efface, le gonflement disparaît et la mobilité articulaire s'accroît. Cependant les enraidissements accentués et les déformations articulaires sont peu modifiés.

Les auteurs insistent sur l'intérêt de cures itératives renouvelées annuellement pendant une période de trois ans.

Cela est illustré par les résultats comparés de 21 observations après la première année de cure thermale et la troisième année.

- 1ère année : 11 très bons résultats,
7 résultats moyens,
3 échecs
- 3e année : 17 très bons résultats,
4 résultats moyens,
0 échec

S'il ne semble pas que l'on puisse espérer une amélioration notable au-delà de la troisième cure, il est certain que les traitements thermaux annuels ont pour effet de stabiliser les résultats obtenus.

Les indications de la crénothérapie de l'arthrose des doigts sont très larges. L'élément douloureux représentant le critère essentiel pour la conduite du traitement.

3. Traitement chirurgical.

a) C'est dans les formes inflammatoires que peut se poser le choix thérapeutique pour la synovectomie, les résultats sont peu encourageants. Après une expérience sur 6 cas, de SEZE (34) critique cette méthode.

En effet chez six patients fut pratiquée une synovectomie à l'occasion d'une biopsie synoviale au niveau de l'interphalangienne proximale. Bien que les douleurs aient été réduites dans tous les cas, il en résulta chez trois de ces six malades une raideur articulaire.

b) Une autre technique chirurgicale consiste à intervenir directement sur la saillie osseuse péri-articulaire indestructible et définitive. Les résultats complets (22) ne sont pas encore publiés et le problème qui se pose ici encore, est celui de l'avenir fonctionnel de ces articulations.

C O N C L U S I O N S

-:-

Une revue de la littérature que nous avons essayé de faire aussi complète que possible et dont nous avons rapproché les données de quatre observations personnelles, nous permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

I . L'arthrose érosive des doigts peut se définir comme une atteinte articulaire touchant les interphalangiennes distales et proximales des doigts, caractérisée par un aspect dégénératif, avec par intermittence des épisodes inflammatoires conduisant à des déformations et parfois une ankylose, et radiologiquement par des images d'érosions osseuses.

Cette affection touche de préférence les femmes (dix femmes pour un homme).

L'âge du début de la maladie se situe dans la majorité des cas entre 45 et 55 ans.

La notion de caractère familial est souvent mise en évidence, on la retrouve dans 30 à 50 % des cas.

La profession n'est pas en cause dans l'apparition de l'affection.

II. Cliniquement l'arthrose érosive des doigts peut revêtir trois aspects qui, s'ils sont évocateurs, ne sont pas spécifiques.

a) Le plus rare est celui que caractérise l'apparition des phénomènes douloureux aigus accompagnés de signes inflammatoires touchant indifféremment les articulations interphalangiennes des deux mains (les interphalangiennes distales étant dans la grande majorité des cas les premières lésées).

L'évolution se fait par poussées de quelques mois à plusieurs années, déterminant des déformations et dans une faible proportion une ankylose.

b) Mais le plus souvent aucun signe particulier ne distingue l'arthrose érosive des nodosités d'HEBERDEN.

Le début passe tout à fait inaperçu, sans épisodes douloureux ou inflammatoires, la malade venant consulter tantôt pour une déformation, tantôt pour une désaxation ou les deux associées de certaines articulations interphalangiennes.

c) Entre ces aspects aigus ou latents se situe la forme intermédiaire ou subaiguë, sans signes inflammatoires cliniques, faite uniquement de poussées douloureuses brèves, aboutissant comme précédemment à des déformations d'installation progressive.

D'une manière générale les autres articulations sont indemnes et plus particulièrement le carpe et les métacarpophalangiennes.

Enfin, l'état général n'est pas altéré, il n'y a ni

fièvre, ni perte de poids. Il n'y a pas de lésions cutanées.

III. Sur le plan radiologique, les aspects rencontrés sont d'autant plus intéressants qu'ils caractérisent la maladie: association de lésions constructives et destructives. En effet en plus de l'aspect habituellement rencontré dans l'arthrose:

- pincement articulaire,
- sclérose sous-condrale,
- ostéophytose,

viennent s'ajouter des érosions osseuses articulaires et péri-articulaires.

Il faut noter l'absence d'ostéoporose.

La rhizarthrose du pouce est une éventualité fréquente.

IV . Les études biologiques montrent que malgré l'allure inflammatoire prise parfois par l'affection, il n'existe pas de modifications manifestes :

- la vitesse de sédimentation est normale ou modérément augmentée,
- absence d'hyperleucocytose et d'anémie,
- le latex et le Waaler-Rose sont négatifs,
- le taux d'uricémie est le plus souvent normal.

V . Les images histologiques ont donné lieu à beaucoup de discussions. A l'aide de prélèvements individuels répétés en période franchement inflammatoire chez de nombreux malades, certains auteurs ont parfois rencontré des aspects comparables à ceux de la polyarthrite rhumatoïde. Mais le plus souvent en tenant compte de la variabilité d'une articulation à une autre ou au sein d'une même articulation l'aspect est celui

d'une synovite fibreuse ou d'inflammation banale.

VI . Le diagnostic différentiel est important.

Facile dans un grand nombre de cas, il peut se poser parfois avec :

- la polyarthrite rhumatoïde - surtout dans les formes débutant au niveau des interphalangiennes proximales,
- la goutte,
- le rhumatisme psoriasique,

L'évolution seule, quelque fois peut apporter une solution diagnostique.

VII. Un problème essentiel concernant l'arthrose érosive des doigts est de déterminer sa place nosologique. En effet, ne doit-elle pas être dissociée de l'arthrose ou représente-t-elle une entité particulière ?

Les signes cliniques, biologiques et radiologiques la rattachent aux nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD, seuls l'aspect érosif et dans quelques cas l'histologie l'en distinguent.

Il faut insister sur le mode de prélèvement de la synoviale au début de l'affection, c'est-à-dire au stade inflammatoire. Les principales références concernant l'histologie de l'arthrose digitale habituelle montrent que les prélèvements avaient été faits au stade quiescent de la maladie ou même sur le cadavre.

Il semble que l'arthrose érosive des doigts ne devrait

pas être dissociée de l'arthrose des doigts mais pourrait en constituer une forme sévère du même processus pathologique qui est la cause des nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD.

- - -

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

Signé : AUQUIER

Signé : GROSSIORD

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

P L A N C H E I

Observation n° 1 : (Madame S...) a Aspects érosifs au niveau des I.P.D. des IIe, IIIe et IVe doigts des deux mains, ostéophytose latérale et dorsale exubérante.	b
Observation n° 3 (Madame M...) Toutes les interphalangiennes sont touchées. On note une ostéophytose importante au niveau des interphalangiennes des deux pouces.	Observation n° 4 (Madame V...) Aspect érosif de toutes les I.P.D. A noter d'importantes désaxations.

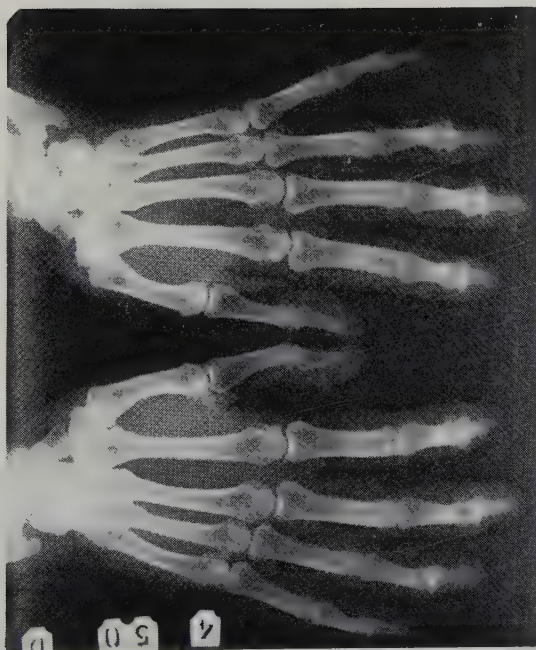


PLANCHE II

Observation n° 2

Madame S...

a

Les érosions sont présentes au niveau des I.P.D. et des I.P.P., rhizarthrose du pouce.

c

Noter la stabilité des lésions après un intervalle de 8 ans.
(La malade ne souffre plus depuis la prise des clichés a et b)

b

Il existe des importantes que sur les clichés

b

déformations
L'on met en évidence de profil



B I B L I O G R A P H I E

-:-

1. ALARCON-SEGOVIA D., WARD L.E.
Marked destructive changes occurring in osteoarthritis
of the finger joints after intra-articular injections
of corticosteroides.
Arth. and Rheum., 1966, 9 : 443-449.
2. AMERICAN COMMITTEE FOR THE CONTROL OF RHEUMATISM.
Primer on the rheumatic diseases.
J.A.M.A., 1964, 190 : 127-140, 425-444, 509-530, 741-752.
3. BAUER W., BENNET G.A.
Experimental and pathological studies in the degenera-
tive type of arthritis.
J. Bone Jt Surg., 1936, A-18 : 1-18.
4. BOUCHARD C.J.
Du rôle pathologique de la dilatation de l'estomac et
de la relation clinique de cette maladie avec divers
accidents morbides.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1884, 3e série, 231-232.
5. BOUCHARD C.J.
Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies
professées à la Faculté de Médecine de Paris pendant
l' année 1885.
Savy F. éd. (Paris) 178-180.

6. CAMUS J.P.
La maladie de Kashin-Bek ..
Presse Méd., 1968, 68 : 175-176.
7. COMMITTEE OF AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION.
Primery on rheumatic diseases.
J.A.M.A., 1959, 171 : 1345-1356.
8. COSTE F., SOLNICA J.
La polyarthrite psoriasique.
Rev. Franç. Et. Clin. Biol., 1966, 11 : 578-599.
9. CRAIN D.C.
Interphalangeal osteoarthritis characterized by painful,
inflammatory episodes resulting in deformity of the
proximal and distal articulations.
J.A.M.A., 1961, 175 : 1049-1053.
10. DI MENZA C.
La nodosité de Bouchard. Etude clinique, radiologique,
biologique et histologique (A propos de 53 observations)
Thèse, Paris, 1970, 95 pages.
11. DORFMANN H., SOLNICA J., DI MENZA C., SEZE S. de.
Les arthropathies des hémochromatoses.
Sem. Hôp. Paris, 1969, 45 : 516-523.
12. DREYFUS P., DEBEYRE N., DI MENZA C., STORA P., MITROVIC D.,
SEZE S. de.
L'ostéo-arthrose érosive des doigts (aux confins de
l'arthrite et de l'arthrose).
In : L'Actualité rhumatologique 1969 présentée aux
praticiens. L'Expansion éd. (Paris) : 103-112.

13. FELLMAN N.

Ulzerierende arthrose der fingermittel und finger end
geleuke. Rapport présenté au VIe Congrès Européen de
Rhumatologie. Losbonne, 1967, 245.

14. FRANCON E.

Extensive form of hypertropic arthritis (New comer in
arthritis nosography).
Rheum., 1950, 6 : 17-19.

15. GHORMLEY R.K., BATEMAN J.G.

Pathology of rheumatoid diseases, synovial menbrane
in osteoarthritis.
In : Rheumatic diseases. Based on the Proceedings of
the Seventh International Congress on Rheumatic Disea-
ses. Philadelphia, W.B. Saunders, 1952, 273-279.

16. HEBERDEN W.

Commentaires on history and cure of diseases.
London T. Payne, 1902, 148-149.

17. KEEFER C.S., PARKER F. Jr, MYERS W.K., IRWIN R.L.

Relationship between anatomic changes in knee joint
with advancing age.
Arch. Intern. Med., 1934, 17 : 525-544.

18. KELLGREN J.H.

Radiological criteria of degenerative joint disease.
The epidemiology of chronik rheumatism.
Oxford, Blackwell ed. 1963.

19. KELLGREN J.H., LAWRENCE J.S.

Radiological assesement of osteoarthritis.
Ann. Rheum. Dis., 1957, 16 : 494-502.

20. KELLGREN J.H., MOORE R.
Generalized osteoarthritis and Heberden's nodes.
Brit. Med. J., 1952, 1 : 181-187.
21. KIDD K.L., PETER J.B.
Erosive osteoarthritis.
Radiology, 1966, 86 : 640-647.
22. LIEVRE J.A., Mme LIEVRE J.A., PEYRON J., DARCY M.
Les nodosités d'Heberden et les arthroses distales des
doigts.
Rev. Rhum., 1970, 37 (2) : 103-112.
23. LIEVRE J.A., CAMUS J.P., POUCH E.
Maladie de Thiemann (Epiphysite des deuxièmes phalanges
digitales. Observation et revue générale).
Rev. Rhum., 1960, 27 : 135-145.
24. Mc EWEN C.
Osteoarthritis of the fingers with ankylosis.
Arth. and Rheum., 1968, 11 : 734-744.
25. PARKER F. Jr., KEEFER C.S., MYERS W.K., IRWIN R.L.
Histologic changes in the knee joint with advancing age.
Arch. Path., 1934, 17 : 516-532.
26. PETER J.B., PEARSON C.M., MARMOR L.
Erosive osteoarthritis of the hands.
Arth. and Rheum., 1966, 9 : 365-388.
27. RADI I.
Arthrose érosive des doigts.
Rev. Rhum., 1970, 37 (2), 119-123.

28. REYBERT A.

Arthrose digitale érosive (à propos de 17 observations)
Travail de la clinique rhumatologique de Marseille
Pr. RECORDIER. Mémoire pour le C.E.S. de Rhumatologie,
1970, 96 pages.

29. ROBECCHI A., PINO-SACCA F.

Contributto alla conoscenza dei noduli digitali di
Heberden. Recherche anatomiche.
Rev. Rhum., 1949, 16 : 132-141.

30. RUBENS DUVAL A., VILLIAUMEY J., KAPLAN G., BRONDANI J.C.

Aspects cliniques de la maladie arthrosique.
Rev. Rhum., 1970, 37 (2) : 129-137.

31. RUBENS DUVAL A., VILLIAUMEY J., LOUIS R., KAPLAN G.

Crénothérapie des arthroses et des périarthrites des
membres.
Sem. Hôp. Paris, 1967, 43 (H.S.) : 61-65.

32. RYCKEWAERT A., KUNTZ D.

Signification biologique de l'hyperuricémie.
Rev. Prat., 1969, 19 : 3713-3731.

33. SERRE H., SIMON L., SANY F.

La chondrocalcinose articulaire diffuse.
Rev. Prat., 1966, 16 : 2483-2492.

34. SEZE S. de, DREYFUS P., DI MENZA C., DEBEYRE N., STORA P.
MITROVIC D., AMOUROUX J., KENESI C., JUILLARD A., SOURNIA
J.P.

La nodosité de BOUCHARD.
Rapport présenté au IIIe journées Franco-Italo-Suisses
de rhumatologie (Angers-Tours, 16-18 mai 1969).
Rev. Rhum., 1970, 37 (11) : 693-703.

35. SIGLER J.W., ENSIGN D.C.

The hand differential diagnostic of arthritis.

In : Talbott J.H. and Lockie L.M.

Progress in arthritis, New-York. Gun and Stratton, 1958,
186.

36. STECHER R.M.

Heberden's nodes : Their relation to other degenerative joint diseases.

Arch. Phys. Med., 1946, 27 : 409-416.

37. STECHER R.M., HAUSER H.

Heberden's nodes. VII - The roentgenological and clinical appearance of degenerative joint disease of the fingers.

Am. J. of Roent. and Radium Therapy, 1948, 59 : 326-337.

38. STECHER R.M.

Heberden's nodes. A clinical description of osteoarthritis of the finger joints.

Ann. Rheum. Dis., 1955, 14 : 1-10.

39. UMBER F.

Die endokrine peri-arthritis.

Deutsche Med. Wochenschr., 1926, 52 : 1631-1633.

40. VIGNON G., CHAPUY P., BIED J.C., FALCONNET M.

La goutte articulaire. Etude clinique, radiologique. Evolution et diagnostic.

Rev. Prat., 1969, 19 : 3733-3754.

41. WARDLE E.N.

Primary generalized chronic arthritis.

Rheum., 1953, 9 : 51-57.

42. WEISSENBAACH R.J., WEISSENBAACH R.

Le rhumatisme chronique progressif inflammatoire ou
polyarthrite chronique évolutive.

Rev. Prat., 1953, 3 : 1757-1766.

43. WEISSENBAACH R.J., FRANCON F.

La polyarthrite sèche progressive. Le Rhumatisme chronique dégénératif. Rapport présenté au IIe Congrès international. Aix-les-Bains, 1948, 159-180.

44. WEISSENBAACH R.J., FRANCON F.

Nosographie et séméiologie du rhumatisme chronique progressif.

Rev. Rhum., 1935, 2 : 5.

T A B L E D E S M A T I E R E S

- - -

INTRODUCTION	8
HISTORIQUE	10
DESCRIPTION CLINIQUE	19
OBSERVATIONS	29
DISCUSSION	38
A. Principales affections inflammatoires et métaboliques	39
1. Polyarthrite rhumatoïde	39
2. Pelvispondylite rhumatismale	41
3. Rhumatisme psoriasique	41
4. Goutte	44
5. Chondrocalcinose	46
6. Autres affections rares	47
B. L'arthrose interphalangienne	48
1. Nodosités d'HEBERDEN	48
2. Arthrose primaire généralisée	50
C. Place nosologique de l'arthrose érosive des doigts	53
D. Problème posé par l'histologie synoviale	55
E. Hypothèses étiopathogéniques récentes des nodosités d'HEBERDEN et de BOUCHARD	56

TRAITEMENT	60
CONCLUSIONS	65
PLANCHES	70
BIBLIOGRAPHIE	76

